گزارش یکصد مورد آمیلوئیدوز ماکولر

دکتر عباس راثی I

چکیده

آمیلوئیدوز ماکولر از جمله بیماریهایی است که در آسیا، خاورمیانه، چین، آمریکای مرکزی و جنوبی شیوع بیشتری نسبت به اروپا و آمریکای شمالی دارد. این مطالعه به منظور مقایسه توزیع بیماری در دو جنس، سن درگیری، فراوانی بیماری در مراجعین به درمانگاه پوست، نیز ارزیابی نقش احتمالی عوامل مؤثر در ایجاد بیماری و مقایسه آن با آمارهای ارائه شده در منابع تخصصی انجام شد. در این راستا طی ۳۵ ماه (از ابتدای فروردین ماه، سال ۱۳۷٦ لغایت پایان بهمن ماه سال ۱۳۷۸) تمامی بیماران مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان فیروزآبادی و مطب خصوصی که واجد ضایعات ماکولر و رتیکولر قهوه‌ای یا خاکستری مایل به قهوه‌ای بین کتفها و قسمت فوقانی خارجی بازوها بودند با تشخیص آمیلوئیدوز ماکولر مورد مطالعه قرار گرفتند.

طی مدت مطالعه مجموعاً ۱۰۰ بیمار با تشخیص آمیلوئیدوز ماکولر مورد بررسی قرار گرفتند که حدود ۰/۵۵٪ مراجعین به درمانگاه پوست را شامل می‌شدند. از این تعداد ۹۳٪ مبتلایان را زنان و ۷٪ آنها را مردان تشکیل می‌دادند که با فراوانی یکسان بیماری در دو جنس ـ ذکر شده در برخی منابع ـ متفاوت بود. محدوده سنی ابتلا ۱٦ تا ۷٦ سال و میانگین سنی مبتلایان (میانگین± خطای استاندارد) ۳٦/۲۵± ۱/۱۹ سال بود. میانگین سنی زنان مبتلا۱/۲۲± ۳٦/۹٦ و میانگین سنی مردان مبتلا ۳/٤۱± ۲٦/۷۱ سال بود.

بین دو میانگین اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت (اختلاف دو میانگین ۱۰/۲٦ سال و P =۰/۰۲۷). همچنین ۸۱٪ مبتلایان در محدوده سنی ۵۰ ـ ۲۱ سال قرار داشتند که با آمار ذکر شده در متون تخصصی مطابقت داشت.

در این مطالعه شواهدی از همراهی عوامل احتمالی ایجاد کننده شامل سابقه استفاده از کیسه حمام، اثر اشعه ماوراء بنفش B و بیماریهای خاص بدست نیامد.

کلیدواژه‌ها: ۱ – آمیلوئیدوز ماکولر ۲ – توزیع سنی ۳ – توزیع جنسی ۴ – عوامل مستعدکننده

مقدمه

آمیلوئیدوز ماکولر از جمله بیماریهایی است که در آسیا، خاورمیانه، چین، آمریکای مرکزی و جنوبی شیوع بیشتری نسبت به اروپا و آمریکای شمالی دارد. این بیماری معمولاً در اوایل بلوغ ظاهر می‌شود و هر دو جنس را بطور یکسان مبتلا می‌کند(۱، ۲). علت اصلی بیماری نامشخص است ولی عوامل زیر را در بوجودآمدن آن دخیل می‌دانند:

الف) استفاده طولانی مدت و ممتد از کیسه‌های حمام نایلونی زبر (back scratcher)، برس، حوله، اسفنج حمام، برگ گیاهان و ترکه چوب (plant sticks and leaves) و بهمین دلیل این بیماری را friction amyloidosis نیز می‌نامند(۱، ٦-۳). ب) قرارگیری در مقابل اشعه ماوراء بنفش B(UVB)(۱). ج) آلودگی با ویروس ابشتین‌بار (EBV)(۱).

I) استادیار بیماریهای پوست، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

د) نـژاد، ه) ژنتیـک و خانواده(٦). و) عوامل محیطـی(٦)، ز) آتـوپی(٦). ح) همچنین مـواردی از بیمـاری همـراه بـا اسکلروز سیستمیک پیشرونده، سیروز صفراوی اولیه، لوپوس اریتماتوی سیستمیک، پاکی اونیشیاکونژنیتا و سـندرم MEN(Multiple Endocrine Neoplasia) گزارش شده است(۱و ۳).

علایـم بـالینی ـ ایـن اخـتلال کـه خفیفـترین شـکل آمیلوئیدوزهـای پوستـی اسـت در بالیـن بیمـار بشکـل ماکولهای ۳-۲ میلیمتـری خاکستـری مایـل به قـهوهای یـا قـهوهای خـارشدار (۸۲٪ مـوارد) یـا بـدون خـارش (۱۸٪ مـوارد) شـروع میشـود و در نهایـت بـه پچهـای قرینـه پیگمانتـه و رتیکولـه (Rippled pattern) ـ کاراکتریستیک و پـاتوگنومونیک بیمـاری ـ در بیـن کتفهـا، قسمـت فوقانـی خـارجی بازوهـا و گـاهی اوقـات روی سـینه، سـرین و رانـها تبدیل میشود(۱، ۳، ۷و ۸).

گاهی اوقات در مبتلایان بـه ایـن بیمـاری پیگمانتاسیون دور چشمها نیـز وجود دارد. ایـن اختـلال در افـراد تـیره پوسـت آمریکـای لاتیـن، آسـیا و خاورمیانـه شایـع است(۲و ۸).

سـیر بیمـاری و پیشآگـهی ـ آمیلوئیـدوز مـاکولر یـک بیماری پایدار با سیر مزمن است بگونهای کـه سـالها بـدون تغییر باقی میماند(۳، ۹).

تشخیص ـ در موارد تیپیک، تشـخیص بیمـاری اغلـب بـر مبنـای شکـل بالینـی (Rippled Pattern) کـه کاراکتریستیک و پاتوگنومونیک بیمـاری میباشـد، اسـتوار است(۱، ۳و ۷).

بیوپسی ضایعات و رنگآمیـزی بـا هماتـوکسیلیـن و ائوزیـن کلیـد اولیـه تشخیـص بیمـاری اسـت(۹). اثبـات بیمـاری بـا اسـتفاده از میکروسـکوپ الکترونـی میباشـد(۱و ۵).

سایر روشهای تشخیص ـ الف) رنگآمیـزی با کریستال ویوله یا متیل ویوله به منظور مشـاهده متاکرومـازی(۳و ۸). ب) رنگآمیزی بروش immunohistochemical بـا پـادتن علیـه کراتیـن EAB903(۱). ج) رنگآمـیزی بـا دایلـون، PAS و تیوفلاویـن، د) رنگآمـیزی اختصاصـی کنگـو قرمز(۱، ۳و ۸).

روش بررسی

طی فروردیـن ماه سـال ۱۳۷٦ لغـایت پایـان بـهمن مـاه سال ۱۳۷۸ از بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارسـتان فیروزآبـادی و مطـب خصوصـی، تمـامی بیمـاران واجد معیارهـای تشـخیصی زیـر جـهت بررسـی انتخاب شدند:

۱) ضایعـات مـاکولر یـا Patch خاکسـتری مـایل بـه قهـوهای یا قهوهای واقع در بین کتفـها یـا قسـمت فوقـانی خارجی بازوها. ۲) نمای رتیکولـر یـا Rippled pattern، ۳) ضایعـات قرینـه، ٤) عـدم وجـود هـرگونـه بیمـاری التهابـی قبلـی در محـل، ٥) شـروع بیسروصـدا و پیشرفت تدریجی ضایعات.

براساس شرح حال کامل و معاینه جسمانـی وجـود یـا عـدم وجـود هـر گونـه بیمـاری همـراه (اسـکلروز سیستمیـک پیشرونـده، سـیروز صفـراوی اولیـه، لوپوس اریتماتوی سیستمیـک، پـاکی اونیشیاکونژنیتـا و سندرم MEN) در فرم ثبـت اطـلاعات بیمـاران درج شـد. همچنیـن در مورد هر بیمار سـن (برحسـب سـال)، جنـس (مرد یا زن) محل درگیری ضایعات و سابقـه اسـتفاده از کیسـه حمام یا لیف (بصورت مقطعی یا بـه مـدت طولانـی) در فرم اطلاعات قید شد.

جهـت بررسـی دادههـا از نرمافـزار آمـاری SPSS-۹ استفاده شد. مقدار α کمتر از ۰/۰۵ معنیدار تلقـی گردیـد و جهت مقایسه میانگین دادهها از آزمـون t-student اسـتفاده شد.

نتایج

از بیـن ۱۸۰۰۰ بیمـار بررسـی شـده در فاصلـه زمـانی مذکور و براساس معیارهای تشخیصی، ۱۰۰ بیمار مبتلا بـه آمیلوئیدوز ماکولر تشخیص داده شدند که ۰/۵۵٪ مراجعیـن

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

را تشکیل می‌دادند. حداقل سن مبتلایان ۱۶ سال و حداکثر آن برابر ۷۶ سال بود.

فراوانی، درصد فراوانی و درصد فراوانی تجمعی در گروههای سنی مختلف بیماران در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است.

میانگین سن ابتلا (خطای استاندارد ± میانگین) برابر ۱/۱۹ ± ۳۶/۲۵ سال بود. ۹۳ نفر (۹۳٪) از بیماران زن و ۷ نفر از آنها (۷٪) مرد بودند.

میانگین سن زنان مبتلا (خطای استاندارد ± میانگین) ۱/۲۲±۳۶/۹۶ و میانگین سن مردان مبتلا ۳/۴۱ ±۲۶/۷۱ بود.

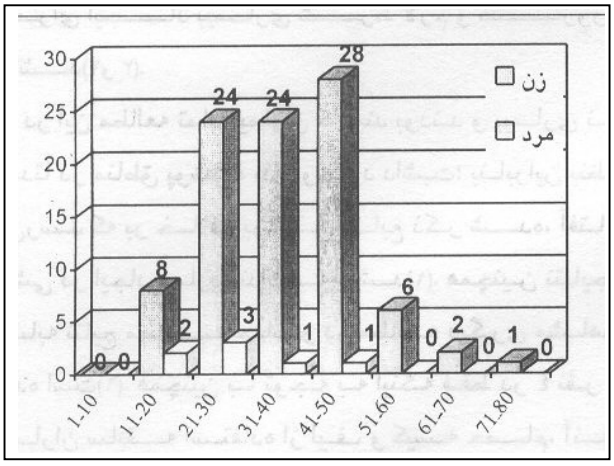
با استفاده از آزمون t اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین سن در دو جنس مشخص شد (اختلاف دو میانگین ۱۰/۲۶ و P=۰/۰۲۷). شایعترین محدوده سنی ابتلاء (۸۱٪ بیماران) ۵۰-۲۱ سالگی بود.

در نمودار شماره ۱ توزیع جنسی بیماران در گروههای سنی مختلف نمایش داده شده است.

سابقه استفاده از کیسه حمام (بصورت مقطعی) فقط در ٤ نفر از بیماران وجود داشت. در این مطالعه شواهدی از ابتلاء به بیماریهای همراه ـ مطرح شده در منابع مختلف ـ مشاهده نشد.

جدول شماره ۱- فراوانی، درصد فراوانی و درصد فراوانی تجمعی در گروههای سنی مختلف ۱۰۰ بیمار مبتلا به آمیلوئیدوز ماکولر

سن(سال)	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
۱۰-۰	۰	۰	۰
۲۰-۱۱	۱۰	۱۰	۱۰
۳۰-۲۱	۲۷	۲۷	۳۷
٤۰-۳۱	۲۵	۲۵	٦۲
۵۰-٤۱	۲۹	۲۹	۹۱
٦۰-۵۱	٦	٦	۹۷
۷۰-٦۱	۲	۲	۹۹
۸۰-۷۱	۱	۱	۱۰۰
جمع	۱۰۰	۱۰۰	



نمودار شماره ۱- توزیع جنسی بیماران در گروههای سنی مختلف

بحث

فراوانی این بیماری در مراجعین به درمانگاه پوست بیمارستان فیروزآبادی و مطب خصوصی حدود ۰/۵۵٪ بدست آمد در حالیکه در منابع مورد بررسی در این خصوص آماری ذکر نشده است.

توزیع جنسی بیماران (۹۳٪ زن و ۷٪ مرد) با آمار مندرج در بعضی منابع مورد مطالعه که به یکسان بودن فراوانی بیماری در دو جنس اشاره دارند متفاوت می‌باشد(۱و ۲).

با توجه به یافته‌های جدول شماره ۱ شایعترین سن ابتلاء بین ۲۱ تا ۵۰ سالگی است که بنظر می‌رسد با سن شایع ذکر شده در منابع مورد مطالعه (بالغین) مطابقت داشته باشد(۱و ۲).

اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین سنی مبتلایان زن و مرد وجود داشت (اختلاف دو میانگین برابر ۱۰/۲۶ سال و P=۰/۰۲۷). در این مورد آماری در منابع مورد بررسی وجود نداشت(٤-۱، ۷و ۸).

در هیچ یک از بیماران علایمی از بیماریهای همراه (اسکلروز سیستمیک پیشرونده، سیروز صفراوی اولیه، لوپوس اریتماتو سیستمیک، پاکی اونیشیاکونژنیتا، سندرم MEN) مشاهده نشد. در منابع مورد مطالعه این همراهی ذکر شده است اما بنظر می‌رسد وجود تک‌تک آنها

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

برای ایجاد بیماری شرط لازم و ضروری نباشد(۱و ۳).

در این مطالعه تمام بیماران کارمند بودند و بیماری نیز عمدتاً در مناطق پوشیده بدن وجود داشت؛ بنابراین بنظر می‌رسد که بر خلاف برخی منابع ذکر شده، آفتاب نقشی در ایجاد بیماری نداشته باشد(۱). همچنین نتایجی مشابه نتایج مطالعه حاضر در مطالعه دیگری مشاهده شده است(٦). همچنین با توجه به اینکه فقط در ٤ نفر از بیماران سابقه استفاده از لیف و کیسه حمام، آنهم بصورت مقطعی وجود داشت، بنظر می‌رسد این عامل نیز بر خلاف آنچه در اغلب منابع ذکر شده است، نقش مهمی در ایجاد بیماری نداشته باشد(۱و ٥-۳). لازم بذکر است که مورد اخیر ـ عدم ارتباط بین عامل مالش مزمن و بیماری آمیلوئیدوز ماکولر ـ در یکی دیگر از مطالعات اخیر انجام شده نیز مدنظر قرار گرفته است(٦).

پیشنهاد ـ با توجه به اینکه ۹۳ نفر بیمار از بیماران زن بودند و ۸۱٪ موارد بیماری نیز در فاصله سنی ٥٠-۲۱ سالگی رخ داده است و همچنین کمترین سن ابتلاء بیماران نیز ١٦ سالگی می‌باشد، احتمال دارد هورمونهای زنانه در بروز بیماری نقش مهمی داشته باشند که از این مساله در منابع مختلف ذکری به میان نیامده است.

محدودیتها ـ اگر چه متداولترین راه تشخیص بیماری براساس معاینه بالینی بیمار، نحوه توزیع، محل ضایعات و شکل قرینه و رتیکوله آنها استوار است می‌توان از بیوپسی پوست برای قطعیت بیشتر تشخیص استفاده نمود، ولی بعلت تحمیل هزینه و عدم رغبت غالب بیماران، در این مطالعه فقط در ۱۰٪ بیماران بیوپسی انجام شد.

در بررسی مقاطع رنگ‌آمیزی شده با هماتوکسیلین و ائوزین یافته‌های آسیب شناختی شامل اپیدرم با ضخامت طبیعی، رسوب مواد ریز گلوبولر در درم پاپیلر (عمدتاً در مجاورت سلولهای لایه بازال) همراه با pigmentary incontinence و ملانوفاژهای فراوان در درم گزارش شد که مؤید تشخیص بالینی بود. سایر بیماران براساس علایم بالینی، مبتلا به آمیلوئیدوز ماکولر قلمداد شده و مورد مطالعه قرار گرفتند.

تقدیر و تشکر

در خاتمه از آقای دکتر علیرضا خاتمی دستیار پوست بیمارستان حضرت رسول (ص) که در تنظیم مطالب و جداول آماری کمک فراوانی نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1- Black MM., Gawkrodger DJ., Seymour CA., et al., Metabolic and Nutritional Disorders. In: Champion RH., Burton JL., Burns DA., Breathnach SM., Textbook of Dermatology, 6th ed, Oxford: oxford Scientific publications, 1998, PP: 2627-2630.

2- Finkel LJ., Headington JT., Cutaneous Mucinosis and Amyloidosis. In: Moschella SL., Hurley HJ., Dermatology. 3rd ed., Philadelphia: W.B.Saunders Company, 1992, PP: 1597-1602.

3- Breathnach SM., Amyloidosis of the skin. In: Freedberg IM, Eisen AZ., Wolff K., et al., Fitzpatrik's Dermatology in General Medicine. 5th ed, NewYork, McGrow Hill Inc, 1999, PP: 1760-63.

4- Maize J., Metcalf J: Metabolic Diseases of the skin. In: Elder D., Elentisas R., Jaworsky C., et al., Lever's Histopathology of the skin. 8th ed, Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997, PP: 371-373.

5- Venkataram MN., Bhushnurmath SR., Murihead DE., Frictional Amyloidosis: A study of 10 cases. Australas J Dermatol (Australia) Aug 2001, 42(3): P: 176-9.

6- Eswaramoorthy V., Kaur I., Das A., Macular Amyloidosis: Etiological factors. J Dermatology (Japan), May 1999, 26(5): PP: 305-10.

7- Demis DJ., Clinical Dermatology. 16th Revision. Philadelphia: JB Lippincott company, 1989, Sections 12-21.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

8- Norwood CF., Amyloidosis, Mucinosis, and Related conditions. In: Sams WM., Lynch PJ., principles and practice of dermatology. 1st ed. NewYork: Churchill Livigstone, 1990, PP: 683-688.

9- Wang WJ., Chang YT., Huang CY., Clinical and histopathological characteritis of primary cutaneous amyloidosis in 794 Chinese Patients. Zhoghua Yi Xu Za Zhi (Taipei), Feb 2001, 64(2), PP: 101-7.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

REPORT OF ONE HUNDRED CASES OF MACULAR AMYLOIDOSIS

A. Rasy, MD [I]

ABSTRACT

Macular Amyloidosis is relatively common cutaneous disease in Asia and middle east. This study was performed to determine the disease sex and age distribution, besides evaluation of its frequency among the author's dermatology clinic patients. The probable role of some risk factors were also evaluated. For this purpose all patients of the author's dermatology clinic with gray to brown or brown reticular lesions located on interscapular and/or upper arm regions without previous history of other cutaneous conditions at that site, were considered as macular amyloidosis cases. During 35 manths (march 21, 1997 to February 21, 2000) one hundred macular amyloidosis cases were found(0.55% of dermatology clinic cases) and 93% of cases were female. This sex distribution is dramatically different from other studies. The age of patients ranged from 16 to 76 years and the mean age of involvement (mean ± SE) was 36.25 ± 3.41 years.

There was a significant difference between the mean age of females and males (difference of two means was 10.26 years and P=0.027). Eigthy one percent of patients were 21 to 50 years, compatible with other series. There was no evidence of probale causative role for UVB, back scratcher use, or known accompanying diseases.

Key Words: 1) Maculr Amyloidosis 2) Age distribution 3) Sex distribution 4) Predisposing Factors

I) *Assistant professor of dermatology, Hazrat Rasul-e Akram hospital, Niayesh St, Sattarkhan Ave, Iran University of Medical Sciences and Health services, Tehran, Iran.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]